

بررسی قدرت پیش‌گویی کنندگی تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی در بیماران مرحله‌ی انتهایی بیماری کلیوی تحت همودیالیز مراکز آموزشی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۲

منصور حیدرزاده^۱، فریبا حسین‌زادگان^{۲*}، نادر آقاخانی^۳، وحید علی‌نژاد^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۵/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: همودیالیز یکی از درمان‌های جایگزین در نارسایی کلیوی است. یکی از مشکلاتی گزارش شده در بین بیماران تحت همودیالیز، عدم تبعیت بیماران از درمان است. لذا این مطالعه باهدف تعیین قدرت پیش‌گویی کنندگی تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی در بیماران مرحله‌ی انتهایی بیماری کلیوی تحت همودیالیز مراکز آموزشی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که با مشارکت ۲۰۰ نفر از بیماران دیالیزی واجد شرایط ورود به مطالعه انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه تبعیت از درمان بیماران در مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD_AQ) فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-SF) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تی تست، آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون/ و رگرسیون خطی) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار تبعیت از درمان، کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز شرکت‌کننده در این مطالعه به ترتیب $122/58 \pm 93/37$ (از دامنه‌ی ۰-۱۲۰۰)، $4/4 \pm 53/06$ (از دامنه‌ی ۰-۱۰۰) بود. نتایج آزمون‌های همبستگی نشان داد که بین تبعیت از درمان و کیفیت زندگی $r = 0/165$ و $p = 0/041$ (ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری وجود داشت). نتایج رگرسیون خطی نشان داد که تبعیت از درمان دارای تأثیر معنی‌دار بر کیفیت زندگی داشته و می‌تواند آن را پیش‌بینی نماید.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه‌ی حاضر حاکی از سطح متوسط تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در بیماران مورد مطالعه است. علاوه بر این کیفیت زندگی در این بیماران با تبعیت از درمان در ارتباط است. بنابراین می‌توان از طریق کنترل عوامل مؤثر بر تبعیت از درمان و نیز از طریق راهکارهایی مانند آموزش و مشاوره و ارتقاء سطح تبعیت از درمان کیفیت زندگی را در این بیماران بهبود بخشید و از عوارض بیماری و مشکلات این افراد کاست و هزینه‌های بستری و بار تحمیلی مالی و جانی وارد بر سیستم نظام سلامت را کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: تبعیت از درمان، همودیالیز، کیفیت زندگی، نارسایی کلیه

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره هشتم، پیاپی ۱۸۱، آبان ۱۴۰۳، ص ۶۵۴-۶۴۴

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران تلفن: ۰۴۴۳۲۳۴۸۹۷

Email: f.hosseinzadegan62@gmail.com

مقدمه

بهداشتی می‌باشند (۱). بیماری مزمن از نظر تعاریف سازمان بهداشت

جهانی^۱، بیماری است که طولانی‌مدت و ناتوان‌کننده بوده و همراه با پاتولوژی غیرقابل درمان است (۲). با تغییر سیمای سلامت در دو دهه‌ی اخیر در جهان و ایران و تغییر الگوی بیماری‌های کشور، روند

با رشد فناوری و اطلاعات پزشکی طول عمر انسان افزایش یافته و بسیاری از بیماری‌ها که در گذشته کشنده بودند، امروزه به شکل مزمن مشاهده شده و بزرگ‌ترین مشکل در سیستم‌های مراقبت

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد داخلی جراحی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استادیار آمار زیستی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، پژوهشکده تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۱ World Health Organization (WHO)

رو به افزایش بیماری‌های مزمن ازجمله بیماری‌های کلیوی قابل‌مشاهده است (۳). نارسایی مزمن کلیه یک فرآیند پاتوفیزیولوژیک با علل متعدد است که منجر به کاهش غیرقابل‌برگشت تعداد و عملکرد نفرون‌ها شده و به‌عنوان وجود آسیب کلیوی یا میزان فیلتراسیون گلومرولی^۲ (GFR) کمتر از ۶۰ میلی‌لیتر در دقیقه/به ازای ۱/۷۳ مترمربع از سطح بدن، بدون توجه به علت و برای ۳ ماه یا بیشتر تعریف می‌شود (۴). نارسایی مزمن کلیوی ازجمله بیماری‌های مزمن است که درنهایت به مرحله انتهایی بیماری کلیوی^۳ (ESRD) منتهی شده و نیازمند انجام یکی از درمان‌های جایگزین کلیه شامل دیالیز یا پیوند کلیه است (۵). هدف از انجام همودیالیز، خارج کردن مواد اضافی و حفظ هموستاز محیط داخلی بدن است. پایه و اصول همودیالیز مشابه سایر روش‌های دیالیز و بر مبنای فیزیکی انتشار از طریق غشای نیمه‌تراوا استوار است (۶). اگرچه همودیالیز باعث بهبود سلامتی و افزایش طول عمر بیماران نارسایی مزمن کلیه می‌شود، ولی سیر بیماری را تغییر نداده و به‌طور کامل جایگزین عملکرد کلیه‌ها نمی‌شود. علاوه بر این همودیالیز با بروز عوارض حاد (افت فشارخون و/یا اسپاسم عضلانی) و مزمن (کم‌خونی و هیپاتیت ویروسی B و C) همراه است. همچنین این بیماران اغلب از احساس عدم آزادی، وابستگی به خویشاوندان، اختلال در زندگی خانوادگی و اجتماعی و شغلی رنج می‌برند. خستگی، بی‌حالی، ناتوانی، کاهش میل جنسی و حتی افسردگی شدید همراه با زمان طولانی همودیالیز می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش دهد (۷).

از مشکلات بیماران تحت همودیالیز نحوه‌ی تبعیت^۴ آن‌ها از درمان است. تبعیت از درمان به معنی پیروی از توصیه‌های مراقبین بهداشتی درمانی (رژیم غذایی دریافت داروها و...) است (۸). تبعیت از رژیم غذایی و دارویی در بیماران همودیالیزی از اهمیت بالایی برخوردار بوده و می‌تواند نقش مهمی در بهبود سطح سلامت و احساس خوب بودن آن‌ها داشته باشد. این در حالی است که عدم تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیزی نسبتاً شایع بوده و تعدادی از این بیماران از رژیم‌درمانی و برخی از جنبه‌های رژیم غذایی تبعیت نمی‌کنند (۹). بیماران دیالیزی خود معتقد هستند که از رژیم‌درمانی خود به‌طور کامل تبعیت نمی‌کنند (۱۰). فرآیند همودیالیز بدون تبعیت از رژیم غذایی و درمان دارویی مناسب از کارایی بالایی برخوردار نیست و بیماران با مشکلات ثانویه گوناگونی روبرو می‌شوند (۱۱). برای مثال عدم استفاده از داروهای مهارکننده فسفات باعث افزایش سطح سرمی فسفات و هیپوپاراتیروئیدیسم ثانویه و کلسیفیکاسیون عروقی می‌شود. عدم پیروی از رژیم مایعات

که جزئی از رژیم غذایی است نیز منجر به افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز و بروز عوارضی مانند گرفتگی عضلانی، کوتاهی نفس، سرگیجه، اضطراب، نگرانی، آدم ریه و نارسایی قلبی و افزایش شدید فشارخون می‌گردد. (۱۲). یک مطالعه مروری نظام‌مند در ایران نشان می‌دهد که بیماران همودیالیزی تبعیت از رژیم دارویی مناسبی ندارند (۱۳). چنین رویکردی می‌تواند زمینه فرهنگی داشته و پیامد عادات رفتاری ویژه در مردم باشد؛ همان‌طور که مشخص است رفتارهای بهداشتی افراد تا حد زیادی ریشه در بسترهای اجتماعی و فرهنگی ازجمله باورها و رفتارهای خود مراقبتی آنان دارد (۱۴). اکثر بیماران به دلیل نیاز به همودیالیز طولانی‌مدت معمولاً سه بار در هفته غالباً دچار مشکلاتی ازجمله وضعیت تغذیه نامطلوب می‌شوند، درنتیجه همه این عوامل باعث ایجاد عوارضی، مانند کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۵). امروزه به‌طور وسیع از مفهوم کیفیت زندگی به‌عنوان یک پیامد مهم بالینی برای ارزیابی سودمندی و اثربخشی درمان و مراقبت از بیماران تحت درمان با همودیالیز و به‌عنوان مبنایی برای اتخاذ تصمیمات بالینی استفاده می‌شود (۱۶). مفهوم کیفیت زندگی کمک می‌کند تا مشکلات بیماران به‌طور بنیادی‌تر موردتوجه قرار گیرد. وقتی هدف از مراقبت، ساختن زندگی راحت، عملکردی و رضایت‌بخش برای بیمار است، اهمیت مطالعه کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن، افزایش می‌یابد، بنابراین بهبود کیفیت زندگی یکی از اهداف اصلی مراقبت از بیماران تحت همودیالیز است (۱۷). کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که حوزه‌های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد (۱۸). کوانسری^۵ طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را عبارت از تصور فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن به سر می‌برد همراه با در نظر گرفتن مواردی همچون اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فردی، گزارش کرده است (۱۹).

با توجه به اینکه تبعیت از درمان ازجمله عوامل مؤثر در بهبود کیفیت زندگی مطرح شده است که تأثیرپذیر از بینش فردی، فرهنگ، اقتصاد و خصوصیات جامعه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند. اکثریت مطالعات صورت گرفته در این زمینه نشان‌دهنده چالش‌های متعدد و ضعف در حوزه‌های تبعیت از درمان، و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز است (۲۰ و ۲۱)، لذا مطالعه‌ی حاضر باهدف تعیین قدرت پیش‌گویی کنندگی تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

⁴ Adherence

⁵ Quansri

² Glomerular filtration rate (GFR)

³ End Stage Renal Disease (ESRD)

مواد و روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی - همبستگی است که به منظور تعیین قدرت پیش‌گویی کنندگی تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی در بیماران مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز بیمارستان‌های آموزشی شهر ارومیه (بیمارستان امام خمینی (ره)، بیمارستان طالقانی) در سال ۱۴۰۲ انجام شد. برای تعیین حجم نمونه از مطالعه‌ی نادری‌فر و همکاران (۷) استفاده شد که با در نظر گرفتن

خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد و مقدار همبستگی برآورد شده برابر ۰/۲۱۸ حجم نمونه با استفاده از فرمول ۱۶۳ نفر به دست آمد که به ۲۰۰ نفر افزایش یافت.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(\omega)^2} + 3$$

$$\omega = \frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r} = \frac{1}{2} \ln \frac{1+0.218}{1-0.218} = 0.221 = 1/2 \ln 1 + r/1 -$$

$$r = 1/2 \ln 1 + 0.218/1 - 0.218 = 0.221$$

$$n = \frac{(1.96 + 0.842)^2}{(0.221)^2} + 3 = 163$$

در این مطالعه به منظور گردآوری داده‌ها از فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه تبعیت از درمان بیماران در مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD_AQ) فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL_SF) استفاده شد. پس از تأیید کمیته اخلاق با شناسه IR.UMSU.REC.1400.265 و مجوز کتبی از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با بخش همودیالیز مراکز آموزشی - درمانی ارومیه و ارائه مجوزهای لازم و تأیید آن توسط مراجع ذی صلاح و پس از هماهنگی با مسئولین انجمن مرکز مذکور بر اساس معیارهای ورود تعداد ۲۰۰ نفر از بیماران به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و برای جمع‌آوری داده‌ها از روش حضوری استفاده شد. پرسشنامه دموگرافیک توسط محقق و با انجام مرور متون طراحی شده و شامل متغیرهای سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، علت نارسایی کلیه، سابقه بیماری دیگر، محل سکونت، شغل، مدت ابتلا به نارسایی مزمن کلیه، مدت دیالیز و تعداد دفعات دیالیز در هفته بود.

پرسشنامه تبعیت از درمان در بیماران در مرحله‌ی انتهایی نارسایی کلیوی (ESRD-AQ)^۸ در سال ۲۰۱۰ توسط کیم^۹ و همکارانش طراحی گردید. کمترین نمره‌ی پرسشنامه صفر و بیشترین امتیاز کسب‌شده ۱۲۰۰ است. کسب نمره‌ی بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده‌ی تبعیت بهتر از درمان است که در نهایت بر

اساس طیف لیکرتی دسته‌بندی می‌شود (۱۱). این پرسشنامه در مطالعه‌ی رفیعی و همکاران (۲۰۱۸) و با اصول forward and backward به وسیله یک فرد مسلط به زبان فارسی و انگلیسی ترجمه شده است (۹). در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه ESRD-AQ بررسی و ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۸۹ به دست آمد، که قابل قبول است.

رایج‌ترین و بهترین ابزار اختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی بیماری کلیوی^۸ (KDQOL-SF) است، که یک ابزار خودگزارشی است که شامل آیتم‌های فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی به همراه سایر آیتم‌های هدفمند و اختصاصی جهت سنجش ابعاد زندگی بیماران کلیوی است. این ابزار توسط هائیز^۹ و همکاران (۱۹۹۴) در ایالات متحده طراحی شده است (۲۲). این پرسشنامه توسط یکانی نژاد و همکاران (۲۰۱۲) با روش ترجمه روبه‌جلو به فارسی ترجمه شده است (۲۳). آخرین نسخه آن شامل ۴۳ آیتم مربوط به کیفیت زندگی در رابطه با بیماران کلیوی و ۳۶ آیتم آن مربوط به سلامت عمومی است. در این پرسشنامه نمره هر آیتم از صفر تا صد است به طوری که نمره (۳۰-۰) ضعیف، نمره (۶۰-۳۱) متوسط و نمره (۱۰۰-۶۱) خوب است که نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بهتر است (۲۴). در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه KDQOL-SF بررسی و ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد عمومی و اختصاصی آن در محدوده ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ به دست آمد، که قابل قبول است. داده‌های گردآوری شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بعد از آنالیز داده‌ها و بررسی نرمال بودن داده‌ها با توجه به آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف از شاخص‌های آمار توصیفی در قالب جدول و نمودار استفاده شده و برای گزارش آماری داده‌ها از آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای دو گروهی و از آنالیز واریانس یک‌طرفه نیز برای مقایسه متغیرهای چند گروهی استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی استفاده گردید. برای آزمون فرضیات سطح معنی‌داری ۰/۵۰ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ نفر از بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به بخش دیالیز بیمارستان‌های آموزشی ارومیه در سال ۱۴۰۲ که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند انتخاب شدند. میانگین

⁸ Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)

⁹ Hays

⁶ The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ)

⁷ Kim

سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر $52/75 \pm 12/91$ بود. اکثریت مشارکت‌کنندگان این مطالعه؛ زن ($57/5$ درصد)، متأهل ($99/5$ درصد)، میزان تحصیلات زیر دیپلم ($69/5$ درصد)، شغل آزاد (47 درصد)، وضعیت اقتصادی؛ کمتر از مخارج ($89/5$ درصد)، بیشترین علت نارسایی کلیه؛ فشارخون ($68/5$ درصد)، با سابقه بیماری‌های دیگر ($86/5$ درصد) و تعداد دفعات دیالیز؛ سه بار در هفته (96 درصد) بودند.

جدول (۱): مشخصات فردی و اجتماعی بیماران تحت همودیالیز شرکت‌کننده در مطالعه‌ی حاضر

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۸۵	۴۲/۵
	زن	۱۱۵	۵۷/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۱۹	۹/۵
	متأهل	۱۸۱	۹۰/۵
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۴	۲/۰
	زیر دیپلم	۱۳۹	۶۹/۵
	دیپلم	۴۹	۲۴/۵
	تحصیلات دانشگاهی	۸	۴/۰
شغل	خانه‌دار	۸۴	۲۴/۰
	شغل آزاد	۹۴	۴۷/۰
	کارمند/بازنشسته	۲۲	۲۴/۰
وضعیت اقتصادی	کمتر از مخارج	۱۷۹	۸۹/۵
	برابر با مخارج	۲۰	۱۰/۰
	بیشتر از مخارج	۱	۰/۵
محل سکونت	شهر	۱۷۴	۸۷/۰
	روستا	۲۶	۱۳/۰
علت نارسایی کلیه	دیابت	۳۷	۱۸/۵
	فشارخون	۱۳۷	۶۸/۵
	کلیه پلی کیستیک	۲۲	۱۱/۰
	سایر علل	۴	۱/۰
سابقه بیماری‌های دیگر	بله	۱۷۳	۸۶/۵
	خیر	۲۷	۱۳/۵
تعداد دفعات دیالیز در هفته	۳ بار	۱۹۲	۹۶/۰
	۴ بار	۸	۴/۰
متغیر	میانگین و انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن	$52/75 \pm 12/91$	۱۸	۷۸
مدت‌زمان ابتلا به نارسایی کلیه	$8/04 \pm 4/41$	۱	۱۸
طول درمان با روش همودیالیز	$7/30 \pm 4/15$	۱	۱۸

همان‌طور که جدول شماره (۲) نشان می‌دهد ۱۴۳ نفر ($71/5$ درصد) از بیماران مورد‌پژوهش دارای تبعیت از درمان متوسط، $14/0$ درصد دارای تبعیت از درمان ضعیف و $14/5$ درصد دارای تبعیت از درمان خوب بودند.

جدول (۲): طبقه‌بندی افراد بر اساس میزان تبعیت از درمان

نمره	تبعیت از درمان	تعداد (درصد)
کمتر از ۸۲۲	ضعیف*	۲۸ (۱۴/۰)
۸۲۲-۱۰۶۳	متوسط*	۱۴۳ (۷۱/۵)
بالاتر از ۱۰۶۳	خوب*	۲۹ (۱۴/۵)

- یک انحراف معیار بالاتر (۱۲۱/۵) و پایین‌تر از میانگین (۹۴۳/۶) نمره‌ی کل تبعیت از درمان به‌عنوان سطح تبعیت از درمان متوسط، نمرات پایین‌تر از انحراف معیار میانگین به‌عنوان تبعیت از درمان خوب در نظر گرفته شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره تبعیت از درمان

در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی تحت همودیالیز مشارکت‌کننده در مطالعه‌ی کنونی تنها برحسب متغیرهای دموگرافیک جنس ($P = ۰/۰۴۲$) و سابقه بیماری‌های دیگر ($P = ۰/۰۱۶$) تفاوت آماری معنی‌داری داشت و میانگین نمره تبعیت از درمان به ترتیب در خانم‌ها و در افرادی که دارای سابقه‌ی بیماری‌های دیگری بودند، به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی مشارکت‌کننده در مطالعه‌ی کنونی برحسب متغیرهای دموگرافیک وضعیت تأهل، تحصیلات، سابقه‌ی بیماری‌های دیگر و تعداد دفعات دیالیز در هفته؛ تفاوت آماری معنی‌دار داشت و میانگین نمره‌ی شاخص اختصاصی زندگی در افراد متأهل و افرادی که ۳ بار در هفته دیالیز می‌شدند به‌طور معنی‌داری بالاتر بود.

جدول شماره (۳) ارتباط بین متغیرهای تبعیت از درمان و

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی تحت همودیالیز را نشان می‌دهد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌ی کلی تبعیت از درمان و ابعاد بار بیماری کلیوی ($r = ۰/۱۷۱$) و $p = ۰/۰۲۱$)، کیفیت روابط اجتماعی ($r = ۰/۱۸$ و $p = ۰/۰۱۵$)، حمایت اجتماعی ($r = ۰/۲۰۶$ و $p = ۰/۰۰۶$)، عملکرد فیزیکی ($r = ۰/۲۰۹$ و $p = ۰/۰۰۱$)، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی ($r = ۰/۱۷$ و $p = ۰/۰۲۲$) و سلامت روان ($r = ۰/۲۷۴$) و $p = ۰/۰۰۱$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. علاوه بر این نتایج نشان داد که میانگین نمره کل تبعیت از درمان با نمره کل شاخص اختصاصی کیفیت زندگی ($r = ۰/۱۷۷$ و $p = ۰/۰۳۶$)، نمره کل شاخص عمومی کیفیت زندگی بیماران کلیوی ($r = ۰/۱۸۲$) و $p = ۰/۰۱۴$) و نمره‌ی کل کیفیت زندگی بیماران کلیوی ($r = ۰/۱۶۵$) و $p = ۰/۰۴۱$) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت.

جدول (۳): ارتباط بین متغیرهای تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی

متغیر	r	P-value
علائم و لیست مشکلات	۰/۱۰۳	۰/۱۶۹
اثر بیماری کلیوی	۰/۰۱۳	۰/۸۶
بار بیماری کلیوی	۰/۱۷۱	۰/۰۲۱
عملکرد شغلی	۰/۰۵	۰/۵
عملکرد شناختی	۰/۰۶۷	۰/۳۷
شاخص اختصاصی کیفیت زندگی بیماران کلیوی	۰/۱۸	۰/۰۱۵
کیفیت روابط اجتماعی	۰/۰۳۴	۰/۶۵
عملکرد جنسی	۰/۱۴۱	۰/۰۵۸
خواب	۰/۲۰۶	۰/۰۰۶
حمایت اجتماعی	۰/۲۲۲	۰/۰۰۳
تشویق کارکنان دیالیز		

تبعیت از درمان		متغیر
P-value	r	
۰/۰۱	۰/۱۹۲	رضایت بیمار
۰/۱۶۹	۰/۱۰۳	وضعیت کلی سلامت
۰/۰۳۶	۰/۱۷۷	نمره کل
۰/۰۰۱	۰/۳۰۹	عملکرد فیزیکی
۰/۰۲۲	۰/۱۷	محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی
۰/۷۶	۰/۰۲۳	محدودیت نقش به علت مشکلات روحی
۰/۰۲۱	۰/۱۷۳	انرژی/ خستگی
۰/۰۰۱	۰/۲۷۴	سلامت روان
۰/۳۸۷	۰/۰۶۵	عملکرد اجتماعی
۰/۰۵۷	۰/۱۴۲	درد
۰/۲۴	۰/۰۸۸	سلامت عمومی
۰/۰۱۴	۰/۱۸۲	نمره کل
۰/۰۴۱	۰/۱۶۵	نمره‌ی کل کیفیت زندگی بیماران کلیوی

طبق جدول شماره ۴ برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کلیوی بر اساس تبعیت از درمان از رگرسیون خطی استفاده شده است. نتایج نشان داد که مدل رگرسیونی معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تبعیت از درمان می‌تواند تقریباً ۱۰ درصد واریانس نمره‌ی کلی کیفیت زندگی را پیش‌بینی نماید. در تفسیر این یافته این‌گونه مطرح می‌شود که با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره تبعیت از درمان، نمره کیفیت زندگی تقریباً ۰/۱۷ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت.

جدول (۴): نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کلیوی از طریق تبعیت از درمان					
متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	T	P
مقدار ثابت	۵۶/۹۸	۴/۸۲	-	۱۱/۸	۰/۰۰۰
تبعیت از درمان	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۱۶۹	۲/۹۴	۰/۰۰۲
توجه	ADJ.R ² = ۰/۰۹۲ R ² = ۰/۰۹۷ R= ۰/۱۶۵				

بحث

مراجعه‌کننده به مرکز همودیالیز هاجر (س) شهرکرد و با استفاده از پرسشنامه‌ی تبعیت از درمان بیماران در مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD-AQ) انجام شده است، هم‌راستا است (۲۰). در مطالعه‌ی تاپا و همکاران^۱ (۲۰۲۱) نیز که با هدف ارزیابی کیفیت زندگی و پایبندی به درمان در بیماران تحت همودیالیز و با استفاده از پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماری کلیوی (KDQOL) و پرسشنامه‌ی پایبندی بیماری کلیوی مرحله پایانی (ESRD-AQ) انجام شده، بیش از نیمی از بیماران پایبندی متوسط به درمان داشته‌اند، که هم‌سو با نتایج ما است (۲۵). در مطالعه‌ی نادری‌فر و همکاران (۲۰۱۸) نیز که با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و پایبندی به درمان در بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مراکز

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی - همبستگی است که باهدف تعیین قدرت پیش‌گویی‌کنندگی تبعیت از درمان با کیفیت زندگی و کفایت همودیالیز و با مشارکت ۲۰۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز بیمارستان‌های آموزشی شهر ارومیه در سال ۱۴۰۲ انجام شد. میانگین و انحراف معیار نمره کل تبعیت از درمان در بیماران شرکت‌کننده در مطالعه‌ی کنونی در حد متوسط بود. علاوه بر این اکثریت مشارکت‌کنندگان دارای سطح متوسطی از تبعیت از درمان بودند. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی رفیعی وردنجانی و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف تعیین وضعیت تبعیت از درمان و کفایت دیالیز در بیماران همودیالیزی

^۱ Tapa et al.

همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و با استفاده از پرسشنامه‌های KDQOL-SF و ESRD-AQ انجام شده بود، وضعیت پایداری به درمان برای اکثر بیماران در سطح متوسط بود (۷)، که در راستای نتایج مطالعه‌ی ما است. در پژوهش مسرور رودسری و همکاران (۲۰۱۳) بیشتر بیماران پیروی از رژیم‌درمانی نسبتاً مطلوب داشتند (۲۶)، ولی در مطالعه‌ی طاهری خرامه و همکاران (۲۰۱۶) و مطالعه‌ی هاشمی و همکاران (۲۰۱۵) درصد کمی از بیماران پیروی از درمان بالا داشتند (۲۷ و ۲۸). به نظر می‌رسد وجود تفاوت‌های چشم‌گیر در نتایج مطالعات مربوط به میزان تبعیت از درمان در جوامع مختلف توجیه‌پذیر باشد، چراکه پیروی از درمان برآیند عوامل متعددی شامل ویژگی‌های جمعیت شناختی و روان‌شناختی بیماران، عوامل مربوط به کادر درمان و مراقبت، عوامل مربوط به بیماری و نهایتاً شرایط اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر تبعیت از رژیم‌درمانی باشد که در جامعه بیماران تحت مطالعه در این پژوهش مجموع عوامل موجب شده میزان تبعیت از حد متوسط بالاتر نرود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره تبعیت از درمان برحسب سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، میزان درآمد و علت ایجاد نارسایی کلیه در بیماران تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت که این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی رفیعی و همکاران (۲۰) و همچنین مدیروس و همکاران^۲ (۲۰۱۷) هم‌خوانی دارد (۲۹). در مقابل خلیلی و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که با افزایش سن میزان تبعیت از درمان افزایش می‌یابد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد (۳۰). در توجیه این اختلاف می‌توان به متفاوت بودن سن بیماران موردپژوهش اشاره کرد. در پژوهش فوق‌الذکر تنها بیماران سالمند دیالیزی موردبررسی قرار گرفتند.

در مطالعه نادری‌فر و همکاران (۲۰۱۸) که با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ارتباط آن با تبعیت از درمان و با استفاده از پرسشنامه‌ی KDQOL-SF انجام شده، کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی تقریباً مطلوب گزارش شده است (۷). نتایج این مطالعات با یافته‌های مطالعه‌ی کنونی هم‌سو است.

برخلاف نتایج مطالعه‌ی کنونی، فروکتوزو و همکاران^۳ (۲۰۱۱) در تحقیق خود بیان داشتند که میانگین نمره کیفیت زندگی افراد تحت درمان با همودیالیز کمتر از نمره نرمال بوده و بیانگر کیفیت زندگی پایین این افراد است (۳۱). مازایراک و همکاران^۴ (۲۰۲۱) در

مطالعه‌ی خود که بر روی ۵۷۰ بیمار هلندی نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در محدوده نرمال بوده است (۳۲). علاوه بر این، تانیتا و همکاران^۵ در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی نسبتاً بالا است (۳۳). همچنین در مطالعه‌ی الجومیه و همکاران^۶ که در عربستان سعودی انجام شد، میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی بالا بود و در مجموع، بیماران از کیفیت زندگی مناسبی در تمام ویژگی‌های جسمانی و جسمانی برخوردار بودند (۳۴). از دلایل این تفاوت می‌توان به اختلاف در سطح رفاه نمونه‌های مورد مطالعه در کشورهای مختلف اشاره نمود، وگرنه پایین بودن کیفیت زندگی بیماران دیالیزی با توجه به عملکردهای اساسی کلیه‌ها و نتایج ناشی از نبود آن‌ها و نیز عوارض درمان دیالیز قابل انتظار است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین نمره‌ی کلی تبعیت از درمان و ابعاد بار بیماری کلیوی، کیفیت روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی و سلامت روان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. علاوه بر این نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کل تبعیت از درمان با نمره کل شاخص اختصاصی کیفیت زندگی، نمره کل شاخص عمومی کیفیت زندگی بیماران کلیوی و نمره‌ی کلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی تحت درمان با همودیالیز همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت.

مشابه با یافته‌های پژوهش حاضر، در مطالعه‌ی تاپا و همکاران (۲۰۲۱) ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و پایداری به درمان گزارش شده است (۲۵). هولت و همکاران نیز در مطالعه‌ای با عنوان "کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و تبعیت از داروهای ضد فشارخون در افراد مسن" نشان دادند که در این بیماران کیفیت زندگی با تبعیت از داروهای ضد فشارخون مرتبط است (۳۵).

کیم و سو^۷ نیز در مطالعه خود که در راستای توسعه مدل پیش‌بین برای کیفیت زندگی در بیماران تحت پیوند کلیه انجام داده بودند، تبعیت از درمان را به‌عنوان یکی از متغیرهای پیش‌بین معرفی نمودند که در مطالعه حاضر نیز مشخص گردید که تبعیت از درمان می‌تواند ده درصد از کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی نماید (۳۶).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره‌ی کلی تبعیت از درمان و میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در حد متوسطی است.

⁵ Tanita et al.

⁶ AL-Jumaih et al.

⁷ Kim & So

² Medeiros et al.

³ Fructuoso et al.

⁴ Mazairac et al.

کنترل بود.

تشکر و قدردانی

از اساتید محترم، معاونت پژوهشی و تحصیلات تکمیلی، مسئولین و مدیران بیمارستان و پرستارانی که در ارتقا و آماده‌سازی این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

حمایت مالی تحقیق

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری است که با حمایت‌های مادی و معنوی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شده است.

تعارض منافع

در مطالعه حاضر هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان ذکر نشده است

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1402.265 است.

نتایج آزمون تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که میانگین نمرات کلی تبعیت از درمان با میانگین نمرات کلی کیفیت زندگی ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری دارد و در حدود ۱۰ درصد می‌تواند کیفیت زندگی را در این بیماران، پیش‌بینی نماید.

با ارتقاء تبعیت از درمان در این بیماران، متغیرهای کیفیت زندگی بهبود خواهند یافت و منجر به ارتقاء سطح سلامت، کاهش میزان بستری‌ها، کاهش میزان هزینه‌ها، کاهش میزان بروز عوارض و در حالت کلی کاهش بار تحمیل‌شده بر سیستم سلامت خواهد شد. پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر، استفاده از روش‌های کیفی برای بررسی کیفیت زندگی این بیماران و همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی برای بیماران و خانواده‌های آنان در زمینه ارتقاء تبعیت از درمان، انجام گردد.

محدودیت‌های پژوهشی

عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه توسط برخی بیماران که با توضیح اهداف مطالعه سعی در جلب همکاری آن‌ها شد همچنین شرایط روحی روانی بیماران بر اثر عامل روزمره که باعث بی‌حوصلگی و تأثیر بر نحوه پاسخگویی به پرسشنامه می‌گردید که خارج از

References:

1. Reiners F, Sturm J, Bouw LJ, Wouters EJ. Sociodemographic factors influencing the use of eHealth in people with chronic diseases. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(4):645. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040645>
2. Bernell S, Howard SW. Use your words carefully: what is a chronic disease? *Front Public Health* 2016;4:159. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159>
3. Goodman H, Parsons A, Davison J, Preedy M, Peters E, Shuldham C, et al. Randomised controlled trial to evaluate a nurse-led programme of support and lifestyle management for patients awaiting cardiac surgery 'Fit for surgery: Fit for life' study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2008;7(1):189-95. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.11.001>
4. Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, Neuen BL, Perkovic V. Chronic kidney disease. *Lancet* 2021;398(10302):786-802. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00519-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00519-5)
5. De Rosa S, Prowle JR, Samoni S, Villa G, Ronco C. Acute kidney injury in patients with chronic kidney disease. *Crit Care Nephrol* 2019;85-9. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-44942-7.00014-5>
6. Rodriguez A, Shalhub S. Hemodialysis access: fundamentals and advanced management. *Hemodialysis Access* 2017;281-8. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40061-7_33
7. Naderifar M, Tafreshi MZ, Ilkhani M, Akbarizadeh MR, Ghaljaei F. Correlation between quality of life and adherence to treatment in hemodialysis patients. *J Renal Inj Prev* 2018;8(1):22-7. <https://doi.org/10.15171/jrip.2019.05>
8. Al Aamri MM. The relationship between perceived social support and adherence to treatment regimens among patients undergoing hemodialysis: A scoping review. *Evid Based Nurs Res* 2022;4(1):17-. <https://doi.org/10.47104/ebnrojs.3.v4i1.231>
9. Rafiee L, Shafie Z. Adherence to treatment and dialysis adequacy in hemodialysis patients referred to dialysis

- centers of Hajar, Shahrekord, Iran. *J Geriatr Nurs* 2018;3(3).
10. Kanagarajah S, Velraja S, Arambakkam HJ. Knowledge, attitude, and practices of renal diets among hemodialysis patients. *Biomed Biotechnol Res J* 2022;6(1):86-92.
https://doi.org/10.4103/bbrj.bbrj_200_21
11. Kim H, Cho MK. Factors influencing self-care behavior and treatment adherence in hemodialysis patients. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(24):12934.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182412934>
12. Salimi Ezzat L, Hanifi N, Dinmohammadi M. Effect of telephone consultation and follow-up on treatment adherence and hemodialysis adequacy in hemodialysis patients. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2018;27(157):157-70.
13. Tayebi A, Einollahi B, Rahimi A, Sirati-Nir M. Non-adherence to treatment among Iranian dialysis patients, a systematic review. *Iran J Kidney Dis* 2019;13(6):347-61.
14. Seng JJB, Tan JY, Yeam CT, Htay H, Foo WYM. Factors affecting medication adherence among pre-dialysis chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis of literature. *Int Urol Nephrol* 2020;52:903-16. <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02452-8>
15. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CdF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2020;28.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
16. Sharp M, Brown T, Chen ES, Rand CS, Moller DR, Eakin MN. Association of medication adherence and clinical outcomes in sarcoidosis. *Chest* 2020;158(1):226-33.
<https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.01.026>
17. Al Salmi I, Kamble P, Lazarus ER, D'Souza MS, Al Maimani Y, Hannawi S. Kidney disease-specific quality of life among patients on hemodialysis. *Int J Nephrol* 2021;2021.
<https://doi.org/10.1155/2021/8876559>
18. Tripathi S, Rai R, Van Rompay-Bartels I. Quality of life: an interdisciplinary perspective. CRC Press; 2021.
<https://doi.org/10.1201/9781003009139>
19. Quansri O, Tados E. Advocating for wellness coaching to enhance quality of life in rehabilitation professionals. *Rehabil Prof* 2022;30(2).
20. Rafiee Vardanjani L, Parvin N, Mahmoodi Shan GR, Molaie E, Shariati A, Hasheminia MA. Adherence to hemodialysis treatment and some related factors in hemodialysis patients admitted in Shahrekord Hajar hospital. *J Clin Nurs Midwifery* 2014;2(4):17-25.
21. Dembowska E, Jaroń A, Gabrysz-Trybek E, Bladowska J, Gacek S, Trybek G. Quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. *J Clin Med* 2022;11(6):1584.
<https://doi.org/10.3390/jcm11061584>
22. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL TM) instrument. *Qual Life Res* 1994;3:329-38. <https://doi.org/10.1007/BF00451725>
23. Yekaninejad M, Mohammadi Zeidi I, Akaberi A, Golshan A. Validity and reliability of the kidney disease quality of life-short form (KDQOL-SFTM 1.3) in Iranian patients. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2012;4(2):261-72.
<https://doi.org/10.29252/jnkums.4.2.261>
24. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB, et al. Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SFTM), version 1.3: a manual for use and scoring. RAND; 1997.
25. Thapa D, Koirala P, Chaulagain D, Kafle T, Belbase D, Bhagat S. Assessment of quality of life and treatment adherence in patients under maintenance hemodialysis: A cross-sectional study. *Birat J Health Sci* 2021;6(1):1298-303.
<https://doi.org/10.3126/bjhs.v6i1.37563>
26. Masror-Roudsari D, Dabiri-Golchin M, Parsa-Yekta Z, H H. Relationship between adherence to therapeutic

- regimen and health-related quality of life in hypertensive patients. *Iran J Nurs* 2013;26(85):44-.
27. Hashemi S, Tayebi A, Rahimi A, Einolahi B. Examining the effect of continuous care model on adherence to dietary regimen among patients receiving hemodialysis. *Iran J Crit Care Nurs* 2015;7(4):215-20.
28. Taheri-Kharamch Z, Hazavehei SMM, Ramezani T, Vahedi A, Khoshro M, Shariffard F. Assessment of illness perception and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. *J Educ Community Health* 2016;3(2):9-15.
<https://doi.org/10.21859/jech-03022>
29. Freire de Medeiros CMM, Arantes EP, Tajra RDdP, Santiago HR, Carvalho AF, Libório AB. Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. *Psychol Health Med* 2017;22(5):570-7.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1191658>
30. Khalili F, Eslami AA, Farajzadegan Z, Hassanzadeh A. Association between social-psychological factors and treatment adherence behaviors among maintenance hemodialysis patients in Isfahan, Iran: A conceptual framework based on social cognitive theory. *J Health Syst Res* 2011;7(3):278-90.
31. Fructuoso M, Castro R, Oliveira L, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia* 2011;31(1):91-6.
32. Mazairac AH, Grooteman MP, Blankestijn PJ, Lars Penne E, van der Weerd NC, den Hoedt CH, et al. Differences in quality of life of hemodialysis patients between dialysis centers. *Qual Life Res* 2012;21:299-307.
<https://doi.org/10.1007/s11136-011-9942-3>
<https://doi.org/10.1007/s11136-011-9956-x>
33. Thaweethamcharoen T, Sakulbumrungsil R, Vasuvattakul S, Nopmaneejumrulers C. Quality of life and hemoglobin levels of hemodialysis patient at Siriraj Hospital. *Siriraj Med J* 2011;63(1):12-6.
34. Al-Jumaih A, Al-Onazi K, Binsalih S, Hejaili F, Al-Sayyari A. Study of quality of life and its determinants among hemodialysis patients using the KDQOL-SF instrument in one center in Saudi Arabia. *Arab J Nephrol Transplant* 2011;4(3):125-30.
<https://doi.org/10.4314/ajnt.v4i3.71024>
35. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age Ageing* 2010;39(4):481-7.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afq040>
36. Kim HS, So HS. A prediction model development on quality of life in kidney transplant recipients. *J Korean Acad Nurs* 2009;39(4):518-27.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2009.39.4.518>

THE PREDICTIVE POWER OF TREATMENT ADHERENCE ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS AT TEACHING HOSPITALS IN URMIA IN 2023

Mansour Heydarzadeh ¹, Fariba Hosseinzadegan ^{*2}, Nader Aghakhani ³, Vahid Alinejad ⁴

Received: 13 August, 2024; Accepted: 30 November, 2024

Abstract

Background & Aim: Hemodialysis is an alternative method for treatment of renal failure. One of the most critical problems reported in dialysis patients is their low Treatment Adherence (TA). This study aimed to determine the predictive power of TA on Quality of Life (QoL) in the patients referred to Urmia teaching hospitals in 2023.

Material & Methods: The present research is descriptive-correlational involving 200 eligible dialysis patients. Data were collected using a demographic information questionnaire, the End-Stage Renal Disease - Adherence Questionnaire (ESRD_AQ), and the Kidney Disease Quality Of Life - Short Form (KDQOL-SF). The data were analyzed using SPSS software version 22.0, employing both descriptive and inferential statistics, including t-tests, one-way analysis of variance, Pearson's correlation coefficient, and linear regression.

Results: The mean and standard deviation of TA and QoL for the patients were 939.37 ± 122.58 (from the range of 0-1200) and 53.06 ± 4.46 (from the range of 0-100), respectively. The results of correlation tests showed that TA has a statistically significant positive correlation with QoL ($r = 0.165$ and $p = 0.041$). Linear regression results show that TA significantly impacts QoL and can be used to predict it.

Conclusion: The results indicated a moderate level of TA and QoL in the studied patients. Additionally, the QoL of these patients is linked to their level of TA. Therefore, improving QoL may be possible by managing the factors that affect TA through education and counseling. This approach could also help reduce disease complications, alleviate challenges these individuals face, lower the costs associated with hospitalization, and ease the financial and human burden on the healthcare system.

Keywords: Adherence to Treatment, Hemodialysis, Quality of Life, Renal Failure

Address: Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754916

Email: f.hosseinzadegan62@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ MSc Student Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant professor of statistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran